



# FICHA SANITARIA



## DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ACTIVIDAD EN QUE ESTA INSCRITO			
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR		NOMBRE DE LA MADRE / TUTORA		TELÉFONO DE CONTACTO 1	TELÉFONO DE CONTACTO 2

## FICHA SANITARIA

GRUPO SANGUÍNEO	RH	SEGURO AL QUE PERTENCE	NÚMERO DEL SEGURO / SIP
-----------------	----	------------------------	-------------------------

ENFERMEDADES PASADAS

<input type="checkbox"/> ESCARLATINA	<input type="checkbox"/> HEPATITIS	<input type="checkbox"/> MENINGITIS	<input type="checkbox"/> NEUMONÍA	<input type="checkbox"/> RUBEOLA
<input type="checkbox"/> SARAMPiÓN	<input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/> VARICELA		

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PADECIDAS

<input type="checkbox"/> CORAZÓN	<input type="checkbox"/> AMÍGDALAS Y/O VEGETACIONES	<input type="checkbox"/> OTRAS: _____
<input type="checkbox"/> COLUMNA	<input type="checkbox"/> APÉNDICE	AÑO DE LA INTERVENCIÓN: _____

ENFERMEDADES QUE PADECE

<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> SONAMBULISMO	<input type="checkbox"/> DIABETES DOSIS INSULINA _____
<input type="checkbox"/> EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> INCONTINENCIA URINARIA	<input type="checkbox"/> FOBIAS ¿A QUÉ? _____
<input type="checkbox"/> ANEMIA		
<input type="checkbox"/> ALTERACIONES PSIQUICAS ¿CUÁLES? _____		
<input type="checkbox"/> OTRAS:		

¿ESTA RECIBIENDO ALGÚN TRATAMIENTO ESPECIAL?  SI  NO

¿CUÁL? (ESPECIFICAR ENFERMEDAD, MEDICAMENTO, DOSIS Y HORARIOS) \_\_\_\_\_

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?  SI  NO

¿CUÁL? ¿QUE USA COMO SUSTITUTIVO? \_\_\_\_\_

OTRAS ALERGIAS:  PICADURA DE INSECTO ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

ALGÚN ARBUSTO/POLEN ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

ALGÚN ALIMENTO ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

OTRAS: ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

¿SIGUE ALGUNA DIETA O RÉGIMEN ESPECIAL?  SI  NO

¿CUÁL? \_\_\_\_\_

¿SABE NADAR?  SI  NO

CARTILLA DE VACUNACIÓN ACTUALIZADA (ADJUNTAR UN CERTIFICADO DE LA FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA Y EL CARNET DE VACUNAS)  SI  NO

OTROS DATOS DE INTERÉS (EJEMPLOS: ANTECEDENTES FAMILIARES, MEDICACIÓN HABITUAL EN SITUACIONES ESPECIALES COMO DOLOR DE CABEZA, TOS...)

<p><b>CUMPLIMENTAR EN CASO DE MUJER</b></p> <p>TOMA ALGUN TIPO DE ANTICONCEPTIVO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿CUÁL? _____</p> <p>ESTA EMBARAZADA O LO SOSPECHA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p><b>CUMPLIMENTAR EN CASO DE QUE PROCEDA</b></p> <p>ES FUMADOR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>OTRAS SUSTANCIAS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR _____</p> <p>PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ESPECIFICAR _____</p>
--	--

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

<p align="center"><b>MAYORES DE EDAD / MENORES EMANCIPADOS</b></p> <p>DECLARO: Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.</p> <p>AUTORIZO: <input type="checkbox"/> Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica</p> <p>Le informamos que sus datos personales y los de su representado legalmente, han sido incorporados a un fichero, propiedad de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, creado para la finalidad de gestionar las actividades y servicios ofertados. Los datos permanecerán archivados para recibir comunicaciones sobre actividades, servicios o información de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, por cualquier medio, incluidos los electrónicos, para lo que <b>consiente expresamente</b> conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.</p> <p>En cualquier momento, podrá ejercitar los Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido a FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, C/Balmes, Nº 17, C. P. 46001, Valencia (Valencia). Usted <b>consiente expresamente</b> conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, en la cesión de sus datos personales y los de su representado legalmente en su caso, a las asociaciones scouts con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad.</p> <p>Declaro ser mayor de edad,</p> <p align="right">_____, _____ de _____ de _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>DNI: _____</p>	<p align="center"><b>MENORES DE EDAD NO EMANCIPADOS</b></p> <p>D. / Dña. _____, como madre/padre/tutor de _____</p> <p>DECLARO: Que todos los datos expresados en esta ficha son ciertos, no existiendo ninguna incompatibilidad ni impedimento para el normal desarrollo de la actividad.</p> <p>AUTORIZO: <input type="checkbox"/> Que en caso de máxima urgencia el responsable competente de la actividad tome las decisiones oportunas, con conocimiento y prescripción médica, si ha sido imposible mi localización.</p> <p>Le informamos que sus datos personales y los de su representado legalmente, han sido incorporados a un fichero, propiedad de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, creado para la finalidad de gestionar las actividades y servicios ofertados. Los datos permanecerán archivados para recibir comunicaciones sobre actividades, servicios o información de FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, por cualquier medio, incluidos los electrónicos, para lo que <b>consiente expresamente</b> conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre.</p> <p>En cualquier momento, podrá ejercitar los Derechos de Acceso, Cancelación, Oposición y Rectificación, mediante un escrito y acreditando su personalidad dirigido a FEDERACIÓ D'ESCOLTISME VALENCIÀ, C/Balmes, Nº 17, C. P. 46001, Valencia (Valencia). Usted <b>consiente expresamente</b> conforme al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, en la cesión de sus datos personales y los de su representado legalmente en su caso, a las asociaciones scouts con finalidades directamente relacionadas con nuestra actividad.</p> <p align="right">_____, _____ de _____ de _____</p> <p>Firma: _____</p> <p>DNI: _____</p> <p align="center"><small>(SE RECOMIENDA CONSTATAR CON LA FICHA DE INSCRIPCIÓN SI LA PERSONA FIRMANTE ES LA RESPONSABLE DEL MENOR)</small></p>
--	--

Junto a esta hoja será necesario adjuntar copia de la cartilla de vacunación, la tarjeta sanitaria y/o seguro médico de la persona participante.  
Se recomienda renovar esta ficha anualmente de cara a los campamentos de verano o cuando haya un cambio en la información de la misma.